

- hospitalized elderly veterans. *Ann Pharmacother*. 39(3):412-7.
3. **Thùy Nguyễn Hải** (2022). Xây dựng và triển khai danh mục tương tác thuốc tim mạch và điều trị đái tháo đường với bệnh lý mắc kèm tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.
  4. **Murphy M. K., Black N. A., Lamping D. L., McKee C. M., Sanderson C. F., Askham J., Marteau T.** (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess*. 2(3):i-iv, 1-88.
  5. **Sâm Đỗ Thị Hồng** (2024). Phân tích thực trạng kê đơn tương tác thuốc - bệnh trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị. Luận văn chuyên khoa cấp 2.
  6. **Hanlon J. T., Perera S., Newman A. B., et al** (2017). Potential drug-drug and drug-disease interactions in well-functioning community-dwelling older adults. *J Clin Pharm Ther*. 42(2):228-233.
  7. **Doogue M. P., Polasek T. M.** (2011). Drug dosing in renal disease. *Clin Biochem Rev*. 32(2):69-73.

## MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG NẶNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC-CHỐNG ĐỘC BVĐK HOÈ NHAİ NĂM 2025

Lý Việt Hải<sup>1</sup>, Phan Thị Thanh Bình<sup>1</sup>, Phạm Nguyễn Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Chi Lan<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Sơn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng (VPMPCTĐ) là bệnh thường gặp và hiện tại vẫn là một trong những căn nguyên chính gây tử vong trên thế giới. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc BVĐK Hòe Nhai. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang hồi cứu. Đối tượng là bệnh nhân VPMPCTĐ người lớn điều trị tại khoa HSTC-CD từ tháng 01/2025 đến tháng 09/2025. Cỡ mẫu chọn mẫu thuận tiện. Nghiên cứu thu được 46 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. **Kết quả và bàn luận:** Độ tuổi thường gặp >65 tuổi với tỉ lệ 80.43%, nam giới chiếm 32.61%, nữ giới chiếm 67.39%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp trong VPMPCTĐ là ho (84.8%), khạc đờm (73.9%), sốt (56.5%), khó thở (43.5%), đau ngực (13%). 100% bệnh nhân viêm phổi nặng có triệu chứng khó thở. Chỉ số bạch cầu tăng (73.9%) và CRP tăng trên 25 mg/L (65.2%) phản ánh tình trạng viêm cấp tính, không có giảm bạch cầu. Trên Xquang ngực, tổn thương cả hai bên phổi ở nhóm bệnh nhân nặng chiếm tỉ lệ 57.14%. Tỉ lệ tổn thương đa thùy ở nhóm bệnh nhân viêm phổi nặng là 50%. Cỡ mẫu của nghiên cứu không đủ để kết luận mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng: tuổi, giới, bệnh lý nền, thời gian nhập viện, dùng kháng sinh trước nhập viện với mức độ nặng của CAP. Ở nhóm bệnh nhân viêm phổi nặng, 100% bệnh nhân có điểm CURB-65 >2. **Kết luận:** VPMPCTĐ thường gặp ở người cao tuổi. Triệu chứng cơ năng điển hình là ho, khạc đờm, sốt, khó thở và đau ngực. Ở nhóm BN viêm phổi nặng, tổn thương phổi hai bên hoặc tổn thương đa thùy chiếm lần lượt 57.14% và 50%. 100% bệnh nhân viêm phổi nặng có điểm CURB-65 >2 điểm.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Hòe Nhai

Chịu trách nhiệm chính: Lý Việt Hải

Email: lyviethaivn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

### SUMMARY

#### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SEVERE PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT THE INTENSIVE CARE UNIT – TOXICOLOGY DEPARTMENT OF HOE NHAİ GENERAL HOSPITAL IN 2025

**Introduction:** Community-acquired pneumonia (CAP) is a common disease and remains one of the leading causes of mortality worldwide. **Objectives:** To describe the clinical characteristics, paraclinical findings, and factors associated with severe prognosis in patients with community-acquired pneumonia admitted to the Intensive Care Unit – Toxicology Department of Hòe Nhai General Hospital. **Methods:** A prospective, descriptive, retrospective cross-sectional study. The study population included adult patients with CAP treated in the ICU-Toxicology Department from January 2025 to September 2025. A convenience sampling method was used. Forty-six patients met the eligibility criteria. **Results and Discussion:** The most common age group was >65 years, accounting for 80.43%; males accounted for 32.61% and females 67.39%. Common clinical manifestations of CAP included cough (84.8%), productive sputum (73.9%), fever (56.5%), dyspnea (43.5%), and chest pain (13%). All patients with severe pneumonia presented with dyspnea. Leukocytosis (73.9%) and elevated CRP >25 mg/L (65.2%) reflected an acute inflammatory state; leukopenia was not observed. Chest radiography showed bilateral pulmonary involvement in 57.14% of patients in the severe group. Multilobar involvement accounted for 50% among patients with severe pneumonia. The sample size was insufficient to determine an association between prognostic factors—age, sex, comorbidities, length of hospitalization, and prior antibiotic use—and CAP severity. In the severe pneumonia group, 100% of patients had a CURB-65

score >2. **Conclusion:** CAP is common in the elderly. Typical symptoms include cough, productive sputum, fever, dyspnea, and chest pain. In severe pneumonia cases, bilateral pulmonary involvement and multilobar infiltrates accounted for 57.14% and 50%, respectively. All patients with severe CAP had a CURB-65 score >2.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng (VPMPCĐ) là bệnh thường gặp và hiện tại vẫn là một trong những căn nguyên chính gây tử vong trên thế giới. Tại Mỹ, viêm phổi đứng hàng thứ 6 trong số các căn nguyên gây tử vong và là nguyên nhân tử vong số 1 trong số các bệnh truyền nhiễm.<sup>1</sup> Trung bình, mỗi năm có khoảng 5,6 triệu ca mắc viêm phổi cộng đồng, trong số đó, có khoảng 1,1 triệu ca cần phải nhập viện điều trị. Theo các số liệu tổng kết của Hội Bệnh Nhiễm trùng của Mỹ và Hội lồng ngực Mỹ năm 2007, tỷ lệ tử vong trong số các bệnh nhân viêm phổi cộng đồng không điều trị tại bệnh viện là 1- 5%.<sup>2</sup> Trong khi đó, tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân viêm phổi nặng có thể thay đổi từ 4-40%.<sup>2</sup>

Ở Việt Nam, viêm phổi chiếm 12% các bệnh phổi.<sup>3</sup> Trong số 3606 bệnh nhân điều trị tại khoa Hô Hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1996 - 2000 có 345 (9,57%) bệnh nhân viêm phổi, đứng thứ 4 trong số bệnh nhân đến điều trị tại khoa.<sup>3</sup> Năm 2014, tỷ lệ mắc viêm phổi ở nước ta là 561/100.000 người, đứng hàng thứ hai sau tăng huyết áp, tỷ lệ tử vong do viêm phổi là 1,32/100.000 người, đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong.<sup>4</sup>

Đặc biệt, viêm phổi ngày càng tăng ở các bệnh nhân là người già và ở những bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính trước đó như bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn, tiểu đường, suy thận, suy tim, các bệnh gan mạn tính, ung thư... Các bệnh nhân này dễ bị nhiễm các loại vi khuẩn có khả năng đề kháng cao với kháng sinh hoặc các tác nhân trước đây chưa được biết tới. Do vậy, việc chẩn đoán và điều trị bệnh ngày càng gặp nhiều khó khăn hơn.

Hiện nay tại Khoa Hồi sức tích cực-Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Hoà Nhai, số lượng bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng ngày càng gia tăng với nhiều triệu chứng đa dạng và mức độ bệnh từ nhẹ đến nặng. Viêm phổi mắc phải cộng đồng có thể tiến triển nặng gây nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân, thậm chí tử vong.

Chính vì vậy, việc xác định được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giúp chẩn đoán sớm bệnh VPMPTCĐ, từ đó đưa ra phương pháp điều trị hiệu quả và kịp thời, giúp tiết kiệm thời gian, chi phí điều trị của người

bệnh, góp phần nâng cao chất lượng chuyên môn của Khoa Phòng, Bệnh viện.

Với những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở khoa Hồi sức tích cực-Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Hoà Nhai năm 2025" này với mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị tại khoa Hồi sức tích cực-Bệnh viện Đa khoa Hoà Nhai năm 2025

2. Nhận xét các yếu tố nguy cơ tiên lượng nặng ở đối tượng nghiên cứu trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Là bệnh nhân VPMPTCĐ người lớn điều trị tại khoa HSTC-CD, BVĐK Hoà Nhai.

- **Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định VPMPTCĐ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Lồng ngực Mỹ và Hiệp hội Bệnh nhiễm trùng Mỹ năm 2007. [1]

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các BN mắc bệnh kèm theo như Lao phổi, HIV/AIDS, COVID, có phù phổi, tắc mạch phổi.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng -1/2025 đến tháng 09/2025.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Thu được 46 BN đủ tiêu chuẩn.

**2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu:** Theo chương trình SPSS 20

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung và tiền sử**

| Đặc điểm       |                       | Bệnh nhân (n=46) | Tỷ lệ (%) |
|----------------|-----------------------|------------------|-----------|
| Đặc điểm chung | Nhóm tuổi >65         | 37               | 80.43     |
|                | Nữ giới               | 31               | 67.4      |
| Tiền sử bệnh   | Bệnh lí tim mạch      | 31               | 67.4      |
|                | Đái tháo đường type 2 | 17               | 37.0      |
|                | Bệnh lí mạch máu não  | 11               | 23.9      |
|                | Bệnh lí thận          | 5                | 10.9      |
|                | Bệnh lí phổi mãn tính | 6                | 13.0      |
|                | Ung thư               | 1                | 2.2       |

**Nhận xét:** BN nhóm tuổi > 65 tuổi chiếm tỉ lệ 80.43%. BN nữ chiếm 67.4%. BN có tiền sử tim mạch chiếm 67.4%, BN có tiền sử ĐTĐ type 2 chiếm 37%, nhóm BN có bệnh lí mạch máu não, bệnh lí thận, bệnh phổi mãn tính, ung thư chiếm lần lượt 23.9%, 10.9%, 13.0%, 2.2%.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

| Triệu chứng                  |                         | Bệnh nhân<br>(n=46) | Tỉ lệ<br>(%) |
|------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------|
| <b>Cơ<br/>năng</b>           | Ho                      | 39                  | 84.8         |
|                              | Khạc đờm                | 34                  | 73.9         |
|                              | Sốt                     | 26                  | 56.5         |
|                              | Khó thở                 | 20                  | 53.5         |
|                              | Đau ngực                | 6                   | 13.0         |
| <b>Xét<br/>nghiệm</b>        | Bạch cầu tăng           | 34                  | 73.9         |
|                              | CRP tăng                | 30                  | 65.2         |
| <b>Xquang</b>                | Tổn thương đa thùy      | 23                  | 50           |
|                              | Tổn thương hai bên phổi | 14                  | 30.4         |
| <b>Mức độ viêm phổi nặng</b> |                         |                     |              |

**Nhận xét:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp trong VPMPTCĐ là ho (84.8%), khạc đờm (73.9%), sốt (56.5%), khó thở (43.5%), đau ngực (13%). 100% bệnh nhân viêm phổi nặng có triệu chứng khó thở. Chỉ số bạch cầu tăng (73,9%) và CRP tăng trên 25 mg/L (65.2%) phản ánh tình trạng viêm cấp tính, không có giảm bạch cầu Trên Xquang ngực, tổn thương cả hai bên phổi ở nhóm bệnh nhân nặng chiếm tỉ lệ 57.14%. Tỉ lệ tổn thương đa thùy ở nhóm bệnh nhân viêm phổi nặng là 50%.

**Bảng 3. Các yếu tố nguy cơ tiên lượng nặng**

|                                       |                         |        | Mức độ nặng của viêm phổi |                         | p     |
|---------------------------------------|-------------------------|--------|---------------------------|-------------------------|-------|
|                                       |                         |        | Nặng<br>(n=11)            | Không<br>nặng<br>(n=35) |       |
| <b>Các<br/>yếu tố<br/>nguy<br/>cơ</b> | Khó thở                 | N<br>% | 11<br>100                 | 9<br>25.7               | 0.000 |
|                                       | Tổn thương đa thùy      | N<br>% | 8<br>57.14                | 6<br>42.86              | 0.002 |
|                                       | Tổn thương hai bên phổi | N<br>% | 11<br>50                  | 11<br>50                | 0.000 |
|                                       | CURB-65 >2              | N<br>% | 10<br>100                 | 0<br>0.0                | 0.000 |
|                                       |                         |        |                           |                         |       |

**Nhận xét:** Các yếu tố nguy cơ tiên lượng viêm phổi nặng bao gồm BN có triệu chứng khó thở, Xquang phổi có tổn thương đa thùy hoặc tổn thương hai bên phổi, CURB-65 trên 2 điểm với các p < 0.05.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.** Trong số 46 bệnh nhân VPMPTCĐ tham gia nghiên cứu, các bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm đa số (80.43%). Các kết quả nghiên cứu gần đây đều cho thấy tỉ lệ người già mắc viêm phổi cộng đồng ngày càng gia tăng.

Về giới tính, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (67,39%) so với nam (32,61%), nghiên cứu của

Tạ Thị Diệu Ngân (2018) báo cáo tỷ lệ nam 62% và nữ 38%<sup>4</sup>, trong khi Lê Văn Thêm (2022) tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, đăng trên Tạp chí Y học Việt Nam, cho thấy nam chiếm ưu thế với tỷ lệ ho cao nhất (98%).<sup>5</sup>

**4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân VPMPTCĐ.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng thường gặp của viêm phổi cộng đồng là ho (84.8%), khạc đờm (73.9%) và sốt (56.5%). Những biểu hiện này là điển hình của VPMPTCĐ, phù hợp với các nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu của tác giả Hà Hoàng và cộng sự (2024) tại BV Phổi Thái Nguyên với các triệu chứng thường gặp của VPMPTCĐ là ho (95,1%), sốt (85,4%) và khó thở (85,4%).<sup>6</sup> Lê Văn Thêm (2022) nhấn mạnh ho (98%), khạc đờm (80%) và khó thở (68%) là những triệu chứng hay gặp nhất.<sup>5</sup>

**4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân VPMPTCĐ.** Về xét nghiệm máu, bạch cầu tăng (73,9%) và CRP tăng >25 mg/L (65.2%) phản ánh tình trạng viêm cấp, không có giảm bạch cầu.

Về Xquang ngực, tổn thương phổi phải chiếm 47,8% so với tổn thương phổi trái (21,7%) và cả hai phổi (30,4%). Tỉ lệ tổn thương một thùy phổi và đa thùy là bằng nhau (50%). Nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân (2018) ưu thế tổn thương phổi trái (42.3%) và hai phổi (40.8%) nhiều hơn, tỉ lệ mức độ tổn thương phổi là tương đồng nhau với tổn thương một thùy phổi là 42.2% và đa thùy là 57.8%.<sup>4</sup>

**4.4 Các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân VPMPTCĐ.** Không có liên quan ý nghĩa giữa tuổi >65 (p=0,315), giới (p=0,242), dùng kháng sinh trước nhập viện (p=0,610), tiền sử bệnh lý nền (p=0,418) và thời gian nhập viện (p=0,549) với mức độ nặng của viêm phổi. Điều này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn, việc khai thác bệnh sử, tiền sử bệnh chưa thật sự hiệu quả. Bên cạnh đó, triệu chứng lâm sàng khó thở (p<0,05), tổn thương cả hai phổi (p=0,002), tổn thương đa thùy phổi (p=0,000) và CURB-65 >2 (p=0,000) cũng là yếu tố tiên lượng có ý nghĩa thống kê. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân (2018) cũng cho kết quả tương đồng rằng khó thở, tổn thương cả hai phổi và tổn thương đa thùy là các yếu tố tiên lượng mức độ viêm phổi nặng có ý nghĩa thống kê.<sup>4</sup>

Đối với nhóm có điểm CURB-65 >2 có tỷ lệ bệnh nhân VP nặng 100%, sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (p=0,000) cho thấy thang điểm CURB-65 càng cao thì tình trạng viêm phổi càng nặng. Tại Việt Nam, hướng dẫn của Hội Hô hấp Việt Nam (2024) khuyến cáo sử dụng CURB-65 để đánh giá mức độ nặng.<sup>7</sup>

## V. KẾT LUẬN

Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng thường gặp ở người > 65 tuổi. Triệu chứng cơ năng hay gặp là ho, khạc đờm, khó thở, sốt, đau ngực. Đa số BN đều có bạch cầu và CRP tăng, không có BN giảm bạch cầu. Các yếu tố nguy cơ tiên lượng viêm phổi nặng lần lượt là khó thở, tổn thương đa thùy phổi, tổn thương hai bên phổi và điểm CURB-65 trên 2 điểm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmad FB, Anderson RN.** The Leading Causes of Death in the US for 2020. JAMA. 2021;325(18):1829-1830. doi:10.1001/jama.2021.5469
2. **Xu J, Murphy SL, Kochanek KD, Bastian BA.** Deaths: Final Data for 2013. Natl Vital Stat Rep. 2016;64(2):1-119
3. **Trần Văn Chung, Đỗ Mạnh Hiếu, Hoàng Thu Thủy và cộng sự.** Tình hình bệnh tật tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch Mai 1996-2001. In: 2001.
4. **Tạ Thị Diệu Ngân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng. Published online 2018.
5. **Lê VT.** Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;512(2). doi:10.51298/vmj.v512i2.2286
6. **Hà H, Sướng DV, Trung PĐ, Quyền PT.** Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng Và Kết Quả Điều Trị Viêm Phổi Mắc Phải Cộng Đồng Ở Người Lớn Tại Bệnh Viện Phổi Thái Nguyên. Tạp Chí Học Việt Nam. 2024; 538(1). doi:10.51298/vmj.v 538i1. 9344
7. **Hội hô hấp Việt Nam.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng ở người lớn. Published online 2024.

# THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BA VÌ NĂM 2025

Nguyễn Đức Đa<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thoa<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Việt Anh<sup>3</sup>,  
Nguyễn Thị Thanh Hảo<sup>4</sup>, Lê Thị Hạnh<sup>5</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ tim mạch chính; việc kiểm soát HA và các yếu tố nguy cơ kèm theo (ĐTĐ, rối loạn lipid, béo phì) là then chốt để giảm biến cố tim mạch. Tại BVĐK Ba Vì đang quản lý số lượng lớn bệnh nhân THA ngoại trú nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá thực trạng kiểm soát các yếu tố nguy cơ tại đơn vị. **Mục tiêu:** 1) Đánh giá thực trạng kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người bệnh THA điều trị ngoại trú tại BVĐK Ba Vì năm 2025. 2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến khả năng kiểm soát huyết áp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bệnh nhân THA đang quản lý ngoại trú tại Phòng khám THA, BVĐK Ba Vì (năm 2025). Thu thập thông tin lâm sàng, huyết áp, xét nghiệm glucose đói, HbA1c, LDL-C, BMI, tiền sử và thuốc điều trị; xử lý bằng Epidata và SPSS. **Kết quả chính:** Tổng số: 400 bệnh nhân, nam 200 (50%), nữ 200 (50%). Nhóm tuổi ≥55 chiếm 88,5%. Trình độ THCS trở xuống chiếm 58,5%. Tỷ lệ đạt mục tiêu huyết áp (HA): 32,5% (130/400 đạt, 270/400 không đạt). Kiểm soát glucose: Đạt HbA1c: 25%; glucose đói đạt: 39,7%. Kiểm soát LDL-C: Đạt: 44,2%. Liên quan thống kê: Tỷ lệ đạt mục tiêu HA, glucose, LDL-C khác biệt theo nhóm tuổi, trình độ học vấn, nhóm BMI (các p < 0,05 ở nhiều so sánh). Nhóm

thừa cân/béo phì có tỷ lệ đạt mục tiêu thấp hơn rõ rệt (p < 0,001). Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C tốt hơn ở nhóm học vấn cao (p = 0,004). **Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát HA và các yếu tố nguy cơ tim mạch ở đối tượng nghiên cứu còn thấp (HA đạt 32,5%; LDL-C đạt 44,2%; HbA1c đạt 25%). Tuổi, BMI, trình độ học vấn là các yếu tố liên quan. Cần can thiệp liên tục ở tuyến cơ sở: nâng cao tư vấn thay đổi lối sống, tối ưu hoá liệu pháp thuốc và quản lý ngoại trú.

**Từ khóa:** tăng huyết áp, yếu tố nguy cơ tim mạch, kiểm soát huyết áp, Ba Vì.

## SUMMARY

### STATUS OF CARDIOVASCULAR RISK FACTOR CONTROL AMONG OUTPATIENT HYPERTENSIVE PATIENTS AT BA VI GENERAL HOSPITAL IN 2025

**Background:** Hypertension (HTN) is a major cardiovascular risk factor. Controlling blood pressure (BP) and associated risk factors—including diabetes, dyslipidemia, and obesity—is essential to reducing cardiovascular events. Ba Vi General Hospital manages a large number of hypertensive outpatients; however, no study has been conducted to evaluate the current status of cardiovascular risk factor control at this facility. **Objectives:** (1) To assess the status of cardiovascular risk factor control among hypertensive outpatients at Ba Vi General Hospital in 2025; (2) To identify factors associated with blood pressure control. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 400 hypertensive outpatients managed at the Hypertension Clinic of Ba Vi General Hospital in 2025. Clinical data, blood pressure, fasting glucose, HbA1c, LDL-C, BMI, medical

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Ba Vì

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Đa

Email: drducda@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025